CONTRIBUIÇÃO À TÉCNICA DE APLICAÇÃO DO FÓRCIPE DE KIELLAND

Gerd Frehse
Marcelo Zugaib

UNITERMOS: Fórcipe de Kielland. Novo método de aplicação.

KEY-WORDS: Kielland forceps. A new method of application.

ABSTRACT: Frehse, G.; Zugaib, M.
Department of Obstetrics and Gynecology of São Paulo Medical School - São Paulo. Brazil.
Kielland forceps. A new method of application.
Gin. Obst. Bras. 11(2); 1988

SUMMARY

The authors present a new technique for application of the Kielland's forceps. They discuss in details the main difficulties in using this type of forceps and the means to avoid these problems. Details referent to application in all head presentations and during cesarian section are also presented.

APLICAÇÃO DO FÓRCIPE DE KIELLAND NAS APRESENTAÇÕES CEFÁLICAS FLETIDAS

Generalidades:

O fórcipe de Kielland deve ser aplicado com as colheres locadas perpendicularmente à linha de orientação (sutura sagital) e com os "botões" voltados para o ponto de referência, a pequena fontanela ou fontanela lambdóide. O não reconhecimento preciso da variedade de apresentação proibe o uso do fórcipe.

Condições de aplicabilidade:

1- Feto vivo
2- Bolsa das águas rota
3- Colo uterino completamente dilatado ou com dilatação de 9 cm.
4- Ausência de desproporção céfalo-pélvica

Altura da apresentação:

Na feitura do fórcipe de Kielland deve-se observar ainda a altura da apresentação do polo cefálico na pelve materna. O fórcipe é considerado *alto,* quando a apresentação se encontra entre os planos menos 2 e zero de DeLee.

O fórcipe é *médio,* se a apresentação cefálica se encontrar entre os planos zero e mais 2 de DeLee.

Quando a apresentação se encontrar abaixo do plano mais 2 de DeLee, ela é considerada baixa, e consequentemente o fórcipe também é *baixo.*

Os fórcipes altos deverão ser evitados, ou praticados ocasionalmente por obstetras de grande experiência, pois na mão de novatos ou pouco experimentados, aumenta em muito o risco de trauma materno e fetal.

Rotineiramente o obstetra se atém aos fórcipes médios e baixos, em que os traumas materno-fetais são desprezíveis ou se sobrepõem aos traumas do parto normal.

Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas (Titular: Prof. Dr. Marcelo Zugaib) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Tempos de aplicação do fórcipe de Kielland:

Na aplicação do fórcipe, obedece-se aos seguintes tempos:

1 - Orientação espacial do fórcipe
2 - Escolha da 1ª e 2ª colheres
3 - Locação da 1ª colher
4 - Locação da 2ª colher e consequente articulação dos ramos
5 - Tração de prova
6 - Rotação da apresentação para OP
7 - Tração de extração do polo cefálico
8 - Ultimação do parto (já sem auxílio do fórcipe): desprendimento do Diâmetro bisacromial e do restante do ovóide córmico, mais laqueadura do cordão umbelical
9 - Dequitação dos anexos fetais
10 - Revisão do canal de parto, seguida da sutura de eventuais traumas e da episiotomia.

Indicações:

Quanto às indicações mais comuns do fórcipe de Kielland, podemos citar:

1 - Abreviação do período expulsivo (primigestas e também multíparas)
2 - Distócia de rotação (principalmente multíparas), (transversas persistentes, etc.)
3 - Cesárea anterior
4 - Sofrimento fetal
5 - Distócia de partes moles (prolapso de vagina, cistocele, retocele, alongamento hipertrófico de colo, etc.)
6 - Partos prematuros (discutido!)
7 - Partos de cardiopatas
8 - Partos de diabéticas (casos não decididos pela cesárea)
9 - Estafa materna etc.

A seguir descreveremos a técnica de aplicação do fórcipe de Kielland com detalhes em seus diferentes tempos. Dividiremos a nossa exposição em 8 subtítulos a saber:

1) Nas apresentações transversas
2) Nas apresentações oblíquas anteriores
3) Nas apresentações oblíquas posteriores
4) Nas apresentações do diâmetro antero-posterior
5) Nas apresentações defletidas de 1º grau
6) Nas apresentações defletidas de 2º e 3º graus
7) Na cabeça última das apresentações pélvicas
8) Nas apresentações cefálicas em cesáreas

A APLICAÇÃO DO FÓRCIPE DE KIELLAND NAS APRESENTAÇÕES CEFÁLICAS TRANSVERSAS

As apresentações cefálicas transversas estão representadas pelas duas variedades OET e ODT.

Entre as aplicações nas apresentações cefálicas estas variedades se constituem nas aplicações mais difíceis. Já que hoje não mais se aplica o fórcipe em apresentações cefálicas altas, também não se usa mais a técnica clássica de aplicação da 1ª colher pelo volteio. A técnica hodiernamente usada, é a da migração da colher anterior.

OET

Não havendo qualquer dúvida, quanto à variedade da apresentação, e havendo condições de aplicabilidade de fórcipe, e a paciente estando devidamente anestesiada, em posição ginecológica e feita a antissepsia, passa-se para:

1- Orientação espacial do fórcipe

Consiste na orientação do fórcipe articulado diante da vulva, imitando a orientação que o fórcipe assumiria dentro do canal pelvi-genital após a sua aplicação. Os "botões" deverão estar voltados para a pequena fontanela triangular. Escolhe-se então a 1ª colher (colher anterior) e a 2ª colher (colher posterior), que também deverão ser inseridas nesta mesma seqüência.

Antes de partir-se para a locação do fórcipe, pratica-se a episiotomia, quando o obstetra tiver a certeza absoluta de poder executar o fórcipe, tomando o cuidado de, na locação, não inserir a colher do fórcipe na brecha da episiotomia, causando um trauma materno maior. A episiotomia será feita apenas após a locação do fórcipe, quando o obstetra tiver dúvidas quanto à exequibilidade do fórcipe, isto é, em casos de "tentativa de fórcipe". Nestas circunstâncias a episiotomia é realizada após a locação do fórcipe, mais precisamente, antes do desprendimento do polo cefálico.

2- Locação da 1ª colher (colher anterior)

Empunha-se a 1ª colher (= colher anterior) na mão direita "feito espada" (e não "feito punhal" como é o uso nos fórcipes curvos), e se introduz a colher no diâmetro transverso da pelve, do lado direito da mãe (às 9 horas), auxiliado pelos dois dedos-guia da mão esquerda (indicador e médio), que tem a função de proteger a parede vaginal, afastar um eventual rebordo de colo e afastar ainda, "pequena parte" ou alça de cordão descidas. A introdução da colher efetuar-se-á entre os dedos-guia

e a apresentação cefálica, de forma fácil, adaptando a curvatura cefálica do fórcipe (côncava) à convexidade do polo cefálico, numa manobra deslizante a ser executada sem a menor resistência. Após a introdução da colher, os dedos-guia abandonam a sua função protetora e também a de vedar a fenestra ou janela (evitando com isto a penetração de pequena parte ou alça de cordão) para se colocar junto à costela posterior da colher introduzida, a fim de migrar o fórcipe anteriormente na direção da sínfise púbica. Esta técnica de conduzir a colher em direção à sínfise com auxílio dos dedos-guia, é conhecida pela migração da colher anterior. No nosso caso, estamos migrando a colher anterior pela fronte fetal. Para ser bem sucedido, deve-se introduzir a colher o suficientemente, a fim de fazer coincidir a bossa frontal do polo cefálico com a parte roliça da colher, a cerca de 3 cm aquém do ângulo formado pela colher e o segmento intermediário ou "trilho". Imediatamente depois da fenestra ou janela, a colher é larga e achatada, segmento este que dificilmente contorna o "ângulo da bossa frontal" do polo cefálico. (A técnica do volteio original descrita em outro lugar, não se pratica mais, já que as aplicações do fórcipe são executadas em apresentações bem insinuadas; possui portanto mais valor histórico).

Alguns autores ainda usam a aplicação direta da 1ª colher, adaptando a curvatura cefálica do fórcipe (parte côncava) voltada diretamente para o polo cefálico na região subpúbica. A colher então simplesmente é introduzida, deslizando-a subpubicamente no diâmetro antero-posterior. Esta técnica pode lesar o colo anterior, assim como a parede vaginal anterior e a uretra maternas. Não é técnica muito segura e os traumas maternos devem ser considerados evitáveis.

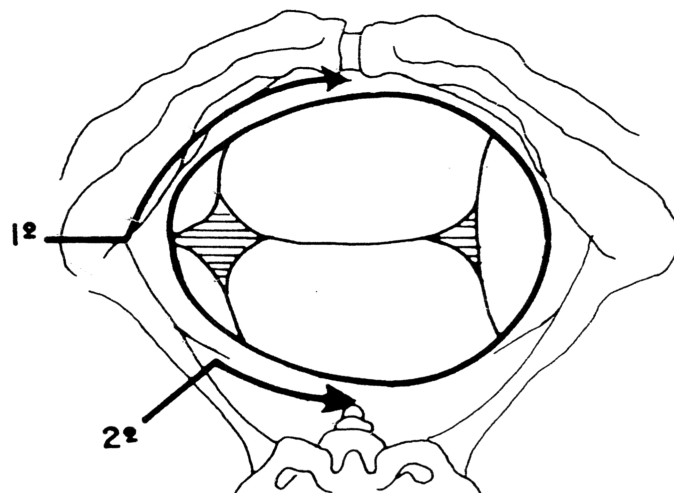
3- Locação da 2ª colher (colher posterior)

Classicamente a outra colher teria e tem que ser empunhada pela outra mão que não aquela usada para a locação da 1ª colher. Para as apresentações cefálicas transversas em especial, propomos o uso da mesma mão que foi utilizada anteriormente na locação da 1ª colher.

A locação da 2ª colher ou colher posterior, é então empunhada pela mão direita e auxiliada pelos dedos-guia da mão esquerda. Também aqui se empunha a colher "feito espada" e não "feito punhal". Sua introdução é direta, aproveitando-se a escavatura sacra, isto é, na linha mediana, ficando a esquerda da colher já locada, pelo simples fato de se evitar então o descruzamento dos cabos. Contudo, para se ter êxito nesta técnica de locação, a apresentação deverá ser alta. No polo cefálico bem insinuado, a ponta do fórcipe irá colidir ou contra o promontório, ou contra a região têmperoparietal esquerda do polo cefálico fetal. Em manobras mais intempestivas, executadas pelo operador inexperiente, poderá ocorrer um afundamento desta região do polo cefálico fetal.

Sugerimos então uma variante que consiste na locação da 2ª colher paramedianamente, junto à junção sacro-ilíaca direita da mãe, seguida de migração retrógrada, tão logo que a curvatura cefálica do fórcipe se adaptou à curvatura do polo cefálico fetal.

Em outras palavras: para se evitar o promontório, um acidente mediano da estrutura pélvica materna, introduz-se a colher lateralmente em direção da articulação sacro-ilíaca direita da mãe, portanto às 7 horas, (vide fig. 1) e a seguir, migrar-se-á a mesma medianamente a fim de obter uma pega bi-parietal, ou melhor ainda, uma pega bi-malar. Esta migração retrógrada da 2ª colher, é auxiliada pelos dedos-guia da mão esquerda do obstetra que, abandonando sua função protetora, se colocam sobre a costela anterior desta colher, conduzindo-a para posterior, e em direção à linha mediana. Para memorizar melhor, se a 1ª colher (anterior) foi migrada em sentido horário, a 2ª colher (posterior) é migrada em sentido anti-horário, restabelecendo o "equilíbrio" da apresentação transversa.

Isto sempre é possível, pois entre o promontório e a apresentação, sempre existe o espaço para conter a espessura do fórcipe, mas não há o espaço correspondente à distância que vai do arco da curvatura cefálica do fórcipe até a sua corda, uma distância que mede cerca de 4 cm.

4 - Articulação das colheres ou dos ramos

Uma vez locadas as colheres corretamente, a articulação das mesmas far-se-á facilmente e sem esforço. Entretanto, se a articulação não for possível, algo estará errado. Ou existe um erro no diagnóstico da variedade de apresentação, ou na locação das duas colheres houve a mobilização do polo cefálico. Mediante nova verificação da variedade de apresentação, corrige-se uma ou outra colher, raras vezes as duas, até se obter a articulação fácil. Após isto, repete-se novo toque para constatar que a sutura sagital esteja orientada perpendicularmente ao eixo que une as duas colheres. Constata-se então uma "pega" simétrica.

5- Tração de prova

Articulado o fórcipe, procede-se à tração de prova, que consiste na prova de tração com três finalidades:

1- adaptação dos jumélios sobre os malares fetais
2- correção do assinclitismo
3- teste de pervidade da pelve materna

Ao se fazer a tração de prova, adapta-se os jumélios sobre os malares fetais. Caso isto não tenha ocorrido, a prise do polo cefálico é viciada e na rotação subsequente do fórcipe, este poderá rodar, mas a cabeça fetal permanecerá inalterada em seu lugar. Esta manobra evita o transvio horizontal.

Na correção do assinclitismo, alinha-se os ganchos tratores de Busch na mesma altura. Nas apresentações com assinclitismo anterior (raro), a 1ª colher está mais baixa, mais para fora e nas apresentações com assinclitismo posterior, a 2ª colher está mais baixa, mais para fora.

Uma vez alinhados os ganchos de tração de Busch a uma mesma altura, o polo cefálico se encontra invariavelmente em sinclitismo. Nesta correção se mostra de extrema valia a presença dos "trilhos" da articulação deslizante.

No teste de pervidade da pelve materna, a própria tração sobre o polo cefálico revela um discreto movimento descendente, o que indica "sinal verde". Neste caso, pode-se prosseguir no fórcipe já que não existe desproporção céfalo-pélvica. Caso a tração de prova revele uma cabeça fetal imóvel, isto é, não dá mostras de querer descer com as trações exercidas sobre ela, constata-se o "sinal vermelho" ou o aviso de que estamos diante de uma desproporção céfalo-pélvica de certa intensidade, que proíbe a continuação da operação de fórcipe, sendo prudente desarticular e retirar as colheres do fórcipe, partindo a seguir para o parto cesáreo. Neste caso trata-se então de um fórcipe falhado.

6 - Rotação da apresentação para OP

Uma vez obedecido aos três itens da tração de prova, inicia-se a rotação da apresentação para OP. Alguns autores recomendam a rotação "feito chave em fechadura". Este procedimento pode ser executado eventualmente em um polo cefálico muito pequeno e muito móvel dentro da pelve materna. Em outras condições, com polo cefálico de dimensões normais, aumentam os traumas maternos. Neste caso, a cabeça fetal de tamanho normal, se encontra totalmente enluvada pelo manguito vaginal e o procedimento de rodar "feito chave em fechadura" causará traumatismos vaginais importantes constituídos de uma laceração bilateral das paredes vaginais laterais desde o fundo de saco vaginal até a vulva.

Para se fugir deste trauma, sugerimos simplesmente o abaixamento dos cabos contra o sacro materno, com consequente rotação para OP. É manobra fácil de executar e a rotação ocorre, possibilitada pela forma em baioneta do fórcipe. Neste caso não temos os traumas acima aludidos, já que com esta manobra, executamos uma rotação aliada a uma transladação, evitando com isto, a formação de "dobras de mucosa vaginal", que se formam atrás da colher do fórcipe e que na tração de extração, pela sua menor elasticidade, levam inevitavelmente à laceração de ambas as paredes vaginais laterais. Estes traumas independem de uma episiotomia. Nos fórcipes modificados de Kielland, que não dispõem desta forma em baioneta, o abaixamento dos cabos não leva à rotação para OP.

Em raros casos, esta manobra de abaixamento dos cabos poderá não levar à rotação desejada. Isto é o caso de bacias lateralmente estreitadas. Caso o operador com uma nova verificação da "pega" constatar que está perfeita, ele poderá apelar para o recurso de "subir" a apresentação e repetir a mesma manobra em plano mais alto, e a seguir, tracionar a apresentação agora rodada, novamente para baixo (a apresentação se torna mais fletida com a rotação) e terminar o fórcipe sem maiores dificuldades. Sempre que o operador tenha que se valer deste recurso, trata-se de bacia limite ou discretamente viciada (andróide ou antropóide).

Na nossa apresentação, a rotação é de 90° e no sentido anti-horário.

7 - Tração de extração

Obtida a rotação para OP, parte-se agora para a extração fetal. Os cabos deverão voltar para a posição horizontal, os "botões" estão voltados para a sínfise púbica, e coloca-se então, o indicador

e o dedo médio da mão direita sobre os ganchos de tração de Busch e traciona-se na direção horizontal. A tração horizontal é mantida desde o início até o despredimento do polo cefálico, e não se deve mudar o eixo de tração durante a extração, já que se admite que o polo cefálico dentro do fórcipe fechado, consegue executar movimentos de flexão e de deflexão, conforme sua necessidade de se adaptar à pelve. Por outro lado, se o operador mudar aleatoriamente o eixo de tração, o feto apresentará várias marcas de "pega" ou sinais de Baudelocque.

Como hoje não se faz mais fórcipes altos, uma vez estando o polo cefálico em OP, a tração de extração é manobra única que poderá coincidir ou não com uma contração uterina materna. Na coincidência com a contração uterina, diminui consequentemente a intensidade das trações. Frequentemente isto não ocorre, uma vez que a paciente anestesiada com bloqueio (raqui ou peridural) tem sua dinâmica uterina atenuada. A tração de extração termina com o polo cefálico se desprendendo em OP, e ao fazê-lo, este executa um movimento de deflexão desvencilhando-se com isto do fórcipe fechado, o qual por sua vez articulado, cai vazio para baixo, e de forma articulada, o instrumento é devolvido à mesa do instrumental. Em outras palavras, não se retira as colheres na forma inversa da locação como ocorre com os fórcipes curvos do tipo de fórcipe de Simpson-Braun. Após o desprendimento do polo cefálico, termina-se o parto de forma habitual.

Poderá ainda acontecer que na tração de extração, o polo cefálico progrida até certa distância e a seguir, aumenta muito a resistência. Trata-se possivelmente de vício pélvico constituído por uma bacia achatada no diâmetro antero-posterior. Antes de se optar pela desistência e partir para o parto cesáreo, seria interessante rodar a apresentação de volta para a 1ª oblíqua (OEA) e tentar nova tração. Se neste diâmetro ocorrer o parto, o diagnóstico de bacia achatada ou platipeloide está praticamente confirmado. Para tanto, devemos lembrar que o diâmetro oblíquo é maior que os diâmetros antero-posterior e transverso.

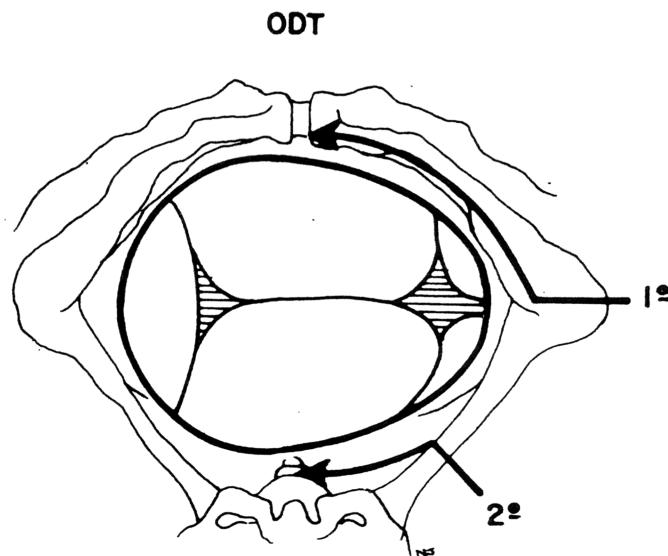
8 - Terminação do parto

Desprendido o polo cefálico, termina-se o parto de maneira clássica. Caso a suspeita for de feto grande, sugerimos não rodar o polo cefálico após o seu desprendimento em OP, mas tracioná-lo na direção horizontal, a fim de obter o desprendimento do diâmetro bisacromial ou no diâmetro transverso da bacia materna, ou então em um dos diâmetros oblíquos (que o feto mesmo escolhe) para evitar-se o encravamento de bisacromial que sempre ocorre no diâmetro antero-posterior. Terminado o parto e o secundamento, é necessário fazer-se a revisão do canal de parto; colo, vagina e partir para a reparação de eventuais traumas e da sutura da episiotomia. A intensidade e extensão dos traumas reduz-se com a experiência do operador e habitualmente consistirá apenas em um discreto prolongamento da episiotomia. Nas pacientes com cesárea anterior, obviamente deve-se examinar também o segmento uterino anterior.

ODT

Nas apresentações cefálicas fletidas em ODT, os tempos serão os mesmos, apenas as colheres estão invertidas.

Na apresentação espacial do fórcipe (os "botões" voltados para a pequena fontanela) também se escolhe a 1ª e 2ª colheres. A aplicação ocorre da mesma forma, as mãos que empunham o fórcipe e os dedos-guia que auxiliam na locação, serão invertidos: a 1ª colher (anterior) é empunhada "feito espada" pela mão esquerda, e auxiliada pelos dedos-guia da mão direita. A inserção da 1ª colher é no equador da pelve junto à espinha ciática esquerda da paciente, e a migração far-se-á de 90° no sentido anti-horário. (Vide fig. 2).

ODT

Na locação da 2ª colher, tenta-se a locação pela técnica direta e, falhada esta, pelos motivos acima descritos, insere-se a 2ª colher paramedianamente com migração retrógrada (horária) até se obter uma boa articulação dos ramos.

A rotação far-se-á da mesma forma, pelo abaixamento dos cabos em direção ao sacro materno, com consequente rotação do polo cefálico para OP, uma rotação de 90° em sentido horário.

A única diferença que existe na locação em

ODT em relação à apresentação OET é que nesta última, não é necessário descruzar as colheres, enquanto que na apresentação em ODT se torna necessário este descruzamento, o que todavia também poderá ser dispensado quando se passa a locar a colher posterior por baixo da colher anterior.

APLICAÇÃO DO FÓRCIPE DE KIELLAND NAS APRESENTAÇÕES CEFÁLICAS FLETIDAS OBLÍQUAS ANTERIORES: OEA. ODA.

OEA

Aplicação do fórcipe em OEA:

A apresentação é de primeira oblíqua e o fórcipe é locado na segunda oblíqua. É a aplicação mais fácil, que poderá ser usada para fins didáticos. Os tempos de aplicação são os mesmos como nas apresentações transversas:

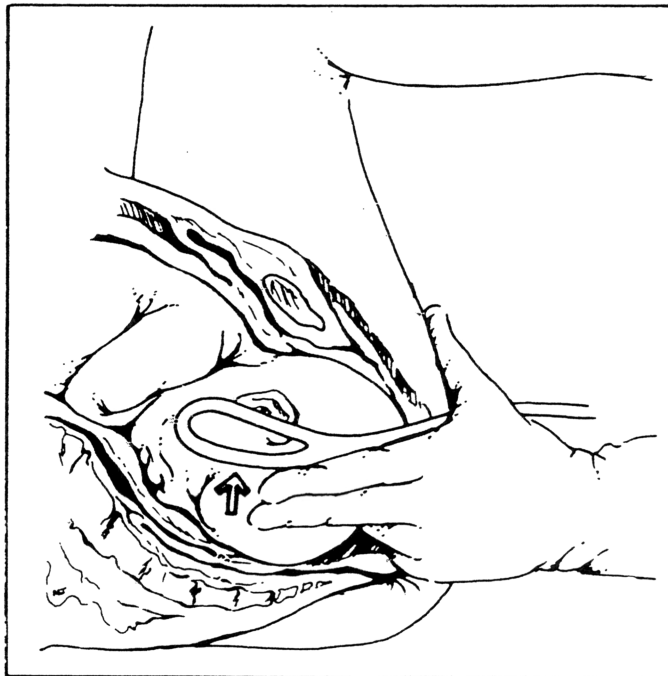
1) Orientação do fórcipe no espaço
2) Escolha da 1ª e 2ª colheres
3) Locação da 1ª colher
4) Locação da 2ª colher
5) Articulação dos ramos
6) Tração de prova
7) Abaixamento dos cabos com rotação para OP
8) Tração de extração
9) Desprendimento do polo cefálico e ultimação do parto.
10) Revisão do canal de parto com reparo de traumas maternos e episiorrafia.

1) Orientação do fórcipe no espaço

Consiste na orientação do fórcipe articulado diante da vulva, com a mesma orientação como o fórcipe ficaria no trajeto de parto após sua aplicação. Nesta variedade de apresentação, os "botões" deverão estar voltados para a fontanela lambdóide ou occipital, o que equivale a dizer que estarão voltados para a eminência íleo-pectínea esquerda da mãe. Também aqui escolhe-se a 1ª e 2ª colheres e é nesta ordem que deverão ser locadas. B. Neme recomendava a inversão desta ordem para evitar a rotação do polo cefálico durante a locação da colher anterior ou em outras palavras, recomendava a técnica de aplicação do fórcipe de Simpson-Braun para o fórcipe de Kielland.

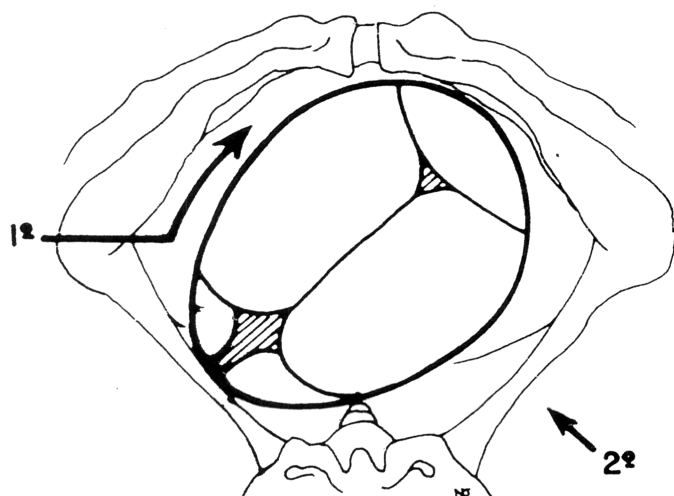
Como a locação da 1ª colher necessita de espaço, este se vê reduzido com a locação prévia da 2ª colher, anteriorizando consequentemente a apresentação em direção à sínfise púbica. Isto poderá aumentar a dificuldade ao operador menos experiente, quando da locação da colher anterior. Por outro lado, na introdução da 1ª colher no equador da pelve (às 9 horas), a migração é pequena, de apenas 45° e a bossa frontal direita do feto, não oferece resistência durante o ato de migração.

2) Locação da 1ª colher

A locação da 1ª colher (anterior) para esta variedade, far-se-á no equador da pelve junto à espinha ciática direita, seguida da migração discreta de apenas 45° em direção à eminência íleo-pectínea direita da paciente. (Vide fig. 3) A colher já está devidamente posicionada. Também aqui se posiciona as colheres perpendicularmente à sutura sagital do polo cefálico fetal.

Migração da colher anterior

3) Locação da 2ª colher

A aplicação é feita diretamente às 5 horas, isto é, junto à junção sacro-ilíaca esquerda, empunhando a colher na mão esquerda, auxiliados pelos dois dedos-guia da mão direita. (Vide fig. 4). Não haverá dificuldades na inserção da 2ª colher, principalmente quando se insere a colher posterior "abaixo" da colher anterior, contornando com isto o necessário descruzamento dos cabos durante sua articulação.

OEA

4) Articulação dos ramos

Corretamente locadas as colheres, articula-se as mesmas após descruzamento dos cabos ou diretamente, quando se utiliza o artefato acima descrito para se evitar o descruzamento.

5) Tração de prova

Também aqui a tração de prova é executada com os mesmos três itens a serem observados: fixação dos jumélios sobre o maciço facial; correção do assinclitismo; procura de sinais de pervidade da bacia ao polo cefálico a ser partejado.

6) Rotação para OP

O abaixamento dos cabos é seguido de rotação fácil para OP.

7) Extração

A tração de extração do polo cefálico far-se-á na horizontal e o polo cefálico se desprenderá em OP mediante movimento de deflexão com o que o polo cefálico se desvencilha do fórcipe articulado.

Os outros itens serão os mesmos, dispensando maiores comentários.

ODA

Aplicação do fórcipe em ODA

A apresentação é de 2ª oblíqua e o fórcipe é locado com seus ramos perpendicularmente a este diâmetro; em outras palavras, as duas colheres ficam inseridas na 1ª oblíqua.

1) Orientação do fórcipe no espaço

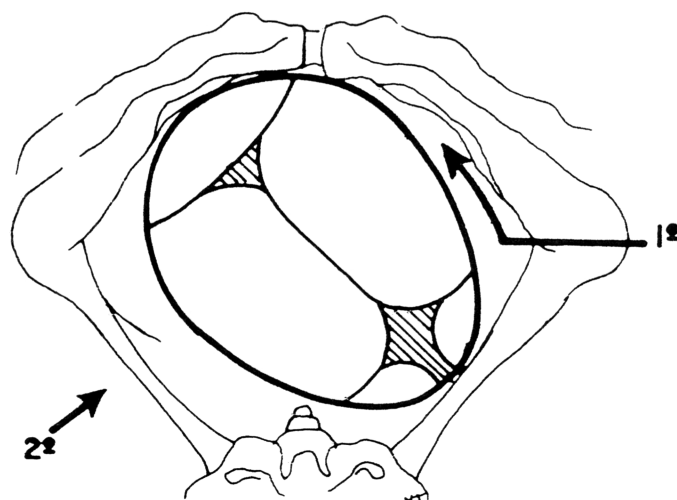
Também aqui se obedece às mesmas diretrizes: os "botões" terão que estar voltados para a fontanela occipital.

2) Escolha da 1ª e 2ª colheres

Também aqui a 1ª colher é anterior e a 2ª colher, a posterior.

3) Locação da 1ª colher

A 1ª colher é empunhada pela mão esquerda "feito espada" e auxiliada pelos dedos-guia da mão direita, inserindo-se a mesma às 3 horas, portanto junto à espinha ciática esquerda da mãe. A seguir, executa-se a migração de 45° em sentido anti-horário. (Vide fig. 5).

ODA

4) Locação da 2ª colher

Far-se-á pela técnica da aplicação direta empunhando-se da mesma forma a colher pela mão direita "feito espada" e auxiliada pelos dois dedos-guia da mão esquerda, inserindo-se às 7 horas.

5) Articulação dos ramos

É fácil e não necessita do descruzamento dos ramos.

6) Tração de prova

Obtida a articulação fácil, também a tração de prova é executada com os mesmos itens acima descritos.

7) Rotação para OP

O abaixamento dos cabos em direção ao sacro materno culmina automaticamente com a rotação para OP.

O restante segue como nas variedades anteriormente descritas.

APLICAÇÃO DO FÓRCIPE DE KIELLAND NAS APRESENTAÇÕES CEFÁLICAS FLETIDAS OBLÍQUAS POSTERIORES: OEP E ODP

OEP

Aplicação do fórcipe em OEP

Esta aplicação é apenas discretamente mais complexa do que nas apresentações cefálicas oblíquas anteriores, motivada principalmente pelo "ombro anterior" do feto. As apresentações cefálicas posteriores são apresentações mais defletidas, e que com a rotação para OP se fletem, havendo consequentemente uma substituição de diâmetros mais desvantajosos (occipito frontal medindo 12 cm), pelo diâmetro suboccipito-bregmático de 9 ou 9,5 cm.

1) Orientação espacial do fórcipe

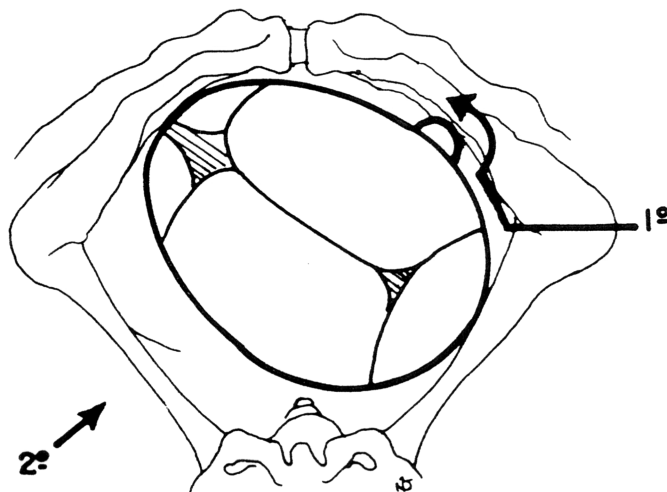
Os "botões" estão orientados para a pequena fontanela.

2) Escolha da 1ª e 2ª colheres

Também aqui se escolhe a 1ª e a 2ª colheres pela mesma orientação de antes.

3) Locação da 1ª colher

A 1ª colher deverá ficar inserida junto à eminência íleo-pectínia esquerda da mãe. Empunha-se a mesma na mão esquerda do operador (feito espada) e auxiliado pelos dedos-guia da mão direita. Introduz-se a colher no equador da pelve, isto é, às 3 horas. Ao querer migrá-la em direção à eminência íleo-pectínia esquerda da parturiente, vamos constatar que existe um obstáculo. Trata-se do ombro direito do feto. Para contorná-lo, puxamos o ramo um pouco para fora, até que os dedos-guia auxiliares consigam migrar a colher. A seguir, reintroduzimos a colher pelve acima, até alcançar a sua profundidade adequada. A 1ª colher se encontra adiante do ombro direito do feto. Em outras palavras, nas apresentações cefálicas posteriores, sempre existe um ombro anterior a ser contornado (nas oblíquas anteriores ele, o ombro, não se reveste de importância na aplicação do fórcipe, já que não oferece nenhum obstáculo à aplicação, mas se constitue no anteparo natural da migração da 1ª colher). (Vide fig. 6).

OEP(Br DA)

4) Locação da 2ª colher

A locação da 2ª colher far-se-á pela técnica da locação direta. A colher é empunhada pela mão direita do operador e auxiliada pelos dedos-guia da mão esquerda, praticando-se uma inserção direta às 7 horas, isto é, junto à junção sacro-ilíaca direita da mãe.

5) Articulação dos ramos

A articulação dos ramos é fácil e ocorrerá sem a necessidade de descruzar os cabos.

6) Tração de prova

Após a articulação, parte-se para a tração de prova com os 3 itens já anteriormente detalhados.

7) Rotação para OP

Na rotação para OP sugerimos agora *dois abaixamentos* de cabos: no 1º abaixamento o polo cefálico roda de 45° em sentido anti-horário. A seguir, levanta-se os cabos novamente até a horizontal e efetuar-se-á um 2º abaixamento de cabos com consequente rotação de 90° em sentido anti-horário, e o polo cefálico estará em OP.

Nestes dois abaixamentos, ocorre uma flexão progressiva do polo cefálico dentro do fórcipe articulado, o que torna a rotação progressivamente mais fácil. Caso no 1º abaixamento a cabeça fetal

não quiser se mobilizar e após novo toque de verificação da pega, tivermos a certeza de uma boa prise, podemos "levantar" a apresentação ou "subir" o fórcipe. Em planos mais altos, a rotação ocorrerá mais facilmente, e como o polo cefálico está no fórcipe, ele poderá novamente ser "descido" agora já mais fletido e com maior diâmetro mais vantajoso.

8) Extração do polo cefálico

A extração do polo cefálico far-se-á como habitualmente com tração dos cabos em direção horizontal. O polo cefálico também se desprenderá em OP, executando um movimento de deflexão com o qual se livrará das colheres articuladas.

O restante do parto processar-se-á como habitualmente, dispensando maiores explicações.

ODP

Aplicação do fórcipe em ODP

Esta aplicação se reveste das mesmas características como na variedade anterior.

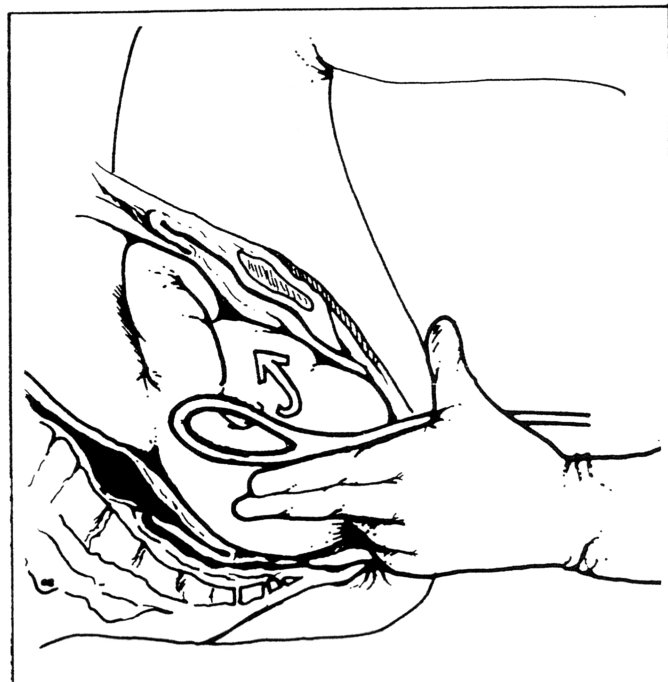
1) Orientação espacial do fórcipe

O fórcipe articulado é colocado diante da vulva com os "botões" voltados para a fontanela occipital. Isto significa que a apresentação é de 1ª oblíqua e o fórcipe é locado na 2ª oblíqua.

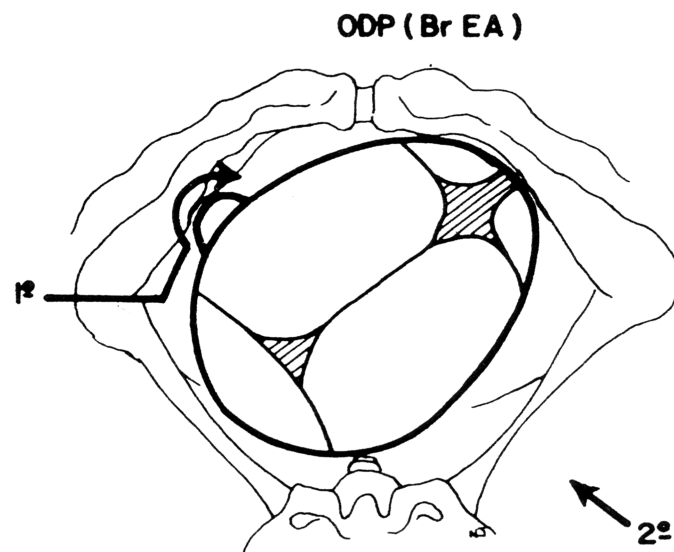
2) Escolha da 1ª e 2ª colheres

O sistema é idêntico como na variedade anterior.

3) Locação da 1ª colher

Loca-se a 1ª colher empunhada pela mão direita e auxiliada pelos dois dedos-guia da mão esquerda, inserindo-se a colher junto à espinha ciática materna do lado direito, isto é, às 9 horas. Na migração para anterior, teremos o mesmo obstáculo representado agora pelo ombro esquerdo do feto. Também aqui deveremos puxar a colher o necessário para fora, até se conseguir contorná-lo e a seguir inserí-lo novamente. Com esta manobra, contornamos novamente o ombro anterior do feto. A migração será de 45° em sentido horário. (Vide fig. 7).

Locação da colher anterior

4) Locação da 2ª colher

A locação da 2ª colher far-se-á pela técnica da inserção direta, junto à junção sacro-ilíaca esquerda da parturiente, ou então, às 5 horas. Para tanto, empunha-se a colher "feito espada" pela mão esquerda do operador e auxiliada pelos dois dedos-guia da mão direita. (Fig. 8).

5) Articulação dos ramos

Articula-se os ramos do fórcipe só que neste caso precisamos descruzar os ramos. Para se evitar o descruzamento dos cabos, pode-se inserir a 2ª colher "por baixo" da 1ª colher já inserida. Também aqui a articulação deverá ser fácil, uma vez que não haja erro de diagnóstico da variedade de apresentação e a inserção dos ramos não tenha oferecido maior dificuldade.

6) Tração de prova

A tração de prova obedecerá aos 3 ítens anteriormente referidos.

7) Rotação para OP

Havendo o sinal favorável que afasta uma desproporção céfalo-pélvica, parte-se para a rotação para OP, novamente através de dois abaixamentos que fracionarão a rotação de 135° em uma de 45°, na 1ª abaixada, e outra de 90° na 2ª abaixada, ambos em sentido horário. Isto ocorre normalmente e sem a menor dificuldade.

8) Extração fetal

A tração de extração far-se-á como sempre tracionando os cabos na direção horizontal. O polo cefálico desprender-se-á em OP com o seu tradicional movimento de deflexão e consequente desvencilhamento do fórcipe articulado (vide descrição anterior).

O parto será terminado como habitualmente.

APLICAÇÃO DO FÓRCIPE DE KIELLAND NAS APRESENTAÇÕES CEFÁLICAS EM DIÂMETRO ANTERO-POSTERIOR: OP E OS

Aplicação do fórcipe em OP

Nestas apresentações torna-se dispensável qualquer rotação, uma vez que a apresentação está completamente rodada em OP.

1) Orientação espacial do fórcipe

Na apresentação espacial do fórcipe os "botões" estão voltados para a fontanela occipital e concomitantemente, para a sínfise púbica.

2) Escolha da 1ª e 2ª colheres

Neste caso, não existe colher anterior ou posterior, mas sim, colher direita, quando inserida do lado direito da parturiente e também empunhado pela mão direita do obstetra, e uma colher esquerda, com as respectivas definições.

3) Locação da 1ª colher

No caso em questão, a 1ª colher é a esquerda e a 2ª colher, a direita. A 1ª colher (esquerda) será empunhada pela mão esquerda do obstetra e auxiliada pelos dois dedos-guia da mão direita. A inserção será no equador da pelve às 3 horas, junto à espinha ciática esquerda da mãe. Não há migração.

4) Locação da 2ª colher

A 2ª colher (direita) é empunhada pela mão direita do operador e auxiliada pelos dois dedos-guia da mão esquerda, numa inserção às 9 horas, junto à espinha ciática direita da mãe.

5) Articulação dos ramos

A articulação dos ramos não oferece qualquer dificuldade.

6) Tração de prova e tração de extração

A tração de prova aqui coincide também com a tração de extração. Não há rotação a ser efetuada.

Os itens restantes são idênticos para a ultimação do parto.

Aplicação do fórcipe em OS

Trata-se aqui de uma apresentação cefálica bem defletida. que frequentemente se confunde com a apresentação bregmática já rodada. A orientação do obstetra depende de como ele vê esta apresentação. Se como bregmática rodada, o operador procederá como nas apresentações em OP seguindo a orientação descrita para variedade de apresentação. Os "botões" neste caso estarão voltados para o bregma e concomitantemente, para a sínfise púbica materna. Torna-se necessário apenas a tração de extração. A força de tração contudo, é muito mais intensa, já que o diâmetro é de 12cm, portanto trata-se de diâmetro occipito-frontal.

Caso o obstetra enxergue uma apresentação occipito-sacra, ele fará uma rotação de 180° obtendo como conseqüência uma flexão da apresentação, com a substituição do diâmetro occipito-frontal de 12 cm pelo diâmetro sub-occipito-bregmático de apenas 9 ou 9,5 cm.

Nesta última opção, o fórcipe tem os "botões" voltados para o lambda ou fontanela occipital.

1) Orientação espacial do fórcipe

Na apresentação espacial do fórcipe como já descrito, os "botões" estão voltados para o lambda e concomitantemente, para o sacro materno.

2) Escolha da 1ª e 2ª colheres

Aqui também não existe colher anterior ou posterior mas sim, uma colher esquerda e uma colher direita. Analisando as colheres articuladas em relação à sua articulação, logo se evidencia que a 1ª colher é a esquerda e a 2ª colher, a direita. É nesta seqüência ou ordem que deverão ser inseridas.

3) Locação da 1ª colher

A colher esquerda é empunhada pela mão esquerda do obstetra e auxiliada pelos dedos-guia da mão direita. A inserção far-se-á no equador da pelve, junto à espinha ciática esquerda da mãe, portanto às 3 horas. Não existe migração.

4) Locação da 2ª colher

Na locação da colher direita, empunha-se esta com a mão direita e auxiliada pelos dois dedos-guia da mão esquerda. A introdução far-se-á no equador da pelve, junto à espinha ciática direita da mãe, isto é, na técnica de aplicação direta.

5) Articulação dos ramos

A articulação das colheres não apresenta qualquer dificuldade

6) Tração de prova

A tração de prova também aqui deverá obedecer aos 3 itens anteriormente descritos.

7) Rotação para OP

A rotação não poderá ser feita ab initio com abaixamento dos cabos, mas temos que tirar o fórcipe do "ponto morto", rodando-o com os dedos sobre os ganchos de Busch "feito chave em fechadura". Uma vez tirada a apresentação do seu diâmetro antero-posterior, pode-se passar para o abaixamento dos cabos em dois tempos como foi descrito para as apresentações cefálicas oblíquas posteriores. Ao se tirar o polo cefálico do ponto morto, a sutura sagital deve sair do diâmetro antero-posterior da pelve, e esta rotação "feito chave em fechadura" far-se-á ou no sentido anti-horário, ou no sentido horário, dependendo do sentido que menos oferecer resistência. Caso haja dificuldade, "levanta-se" a apresentação e se roda o polo cefálico em plano mais alto, onde esta rotação far-se-á sem dificuldades.

8) Extração do polo cefálico

A tração de extração far-se-á a seguir, sempre com tração horizontal dos cabos. A intensidade de tração será bem menor, concluída a rotação de 180°, uma vez que o maior diâmetro agora é o sub-occipito bregmático de 9 ou 9,5 cm. O restante do ato operatório segue o procedimento habitual.

APLICAÇÃO DO FÓRCIPE DE KIELLAND NAS APRESENTAÇÕES CEFÁLICAS DEFLETIDAS DE 1º GRAU OU BREGMÁTICAS

Na literatura anglo-saxônica, as apresentações bregmáticas são geralmente tratadas como as apresentações cefálicas oblíquas posteriores. Também somos desta opinião no que concerne à aplicação do fórcipe de Kielland. Uma apresentação cefálica bregmática esquerda anterior, tem o mesmo comportamento como a apresentação cefálica occipito direita posterior. Sua resolução é pela técnica das aplicações em apresentações cefálicas posteriores.

Os "botões" deverão ser orientados sempre para o lambda e não para o bregma.

A rotação no caso de uma BrEA seria então de 145° em sentido horário, culminando com uma apresentação cefálica em OP. O fórcipe de Kielland permite que o polo cefálico se flita dentro do fórcipe articulado, com consequente substituição de diâmetros. A tração de extração far-se-á então com menor intensidade, o que redunda em benefício para o feto e a parturiente.

Concluindo, defendemos que as apresentações cefálicas defletidas de 1º grau, deverão ser tratadas como apresentações cefálicas fletidas e com os "botões" sempre voltadas para o lambda.

APLICAÇÃO DO FÓRCIPE DE KIELLAND NAS APRESENTAÇÕES CEFÁLICAS DEFLETIDAS DE 2º GRAU OU APRESENTAÇÕES DE FRONTE

São apresentações raras e que quando surgem, geralmente terminam em parto cesáreo. As apresentações de fronte poderão representar ainda a fase frontal de uma apresentação cefálica defletida de 3º grau ou apresentação de face.

Teoricamente a apresentação de fronte "não nasce" pois o maior diâmetro, o occipito mentoneiro de 13 cm, encravaria acima do estreito médio da pelve materna. Analisando os fetos em apresentação de fronte, os autores concluíram que geral-

mente se trata de fetos pequenos. Nas apresentações cefálicas defletidas de 2º grau com feto bem desenvolvido, o maior diâmetro occipito mentoneiro de 13 cm, é reduzido para 12 cm ou mais, em detrimento de um "crescimento" do diâmetro sub-occipito-frontal de 12 cm. Este último aumentará para 13 cm ou mais e ocupará o eixo da pelve quando então passará a não ter mais significado importante para a evolução transpélvica do polo cefálico. Esta moldagem leva tempo e muitas vezes culmina com a instalação de um sofrimento fetal.

Existe portanto, o mecanismo natural do parto nas apresentações cefálicas defletidas de 2º grau. Porém, o trabalho de parto é prolongado. Nos polos cefálicos pequenos, a moldagem se torna mais fácil comparada com as apresentações de fronte entre si. Desde que não exista um vício pélvico reconhecido pelo obstetra experiente, e haja condições de aplicabilidade do fórcipe, este poderá ser tentado. Neste caso, far-se-á uma aplicação com os "botões" voltados para o ângulo anterior do bregma. As fenestras se adaptam bem sobre o maciço facial. A rotação é geralmente de 45° para a variedade naso-púbica. A seguir, procede-se à tração de extração em direção horizontal dos cabos. O desprendimento do polo cefálico com moldagem já realizada, ocorre executando o polo cefálico dois movimentos: o 1º consiste numa flexão pequena, até se liberar o sub-occipício pela fúrcula vaginal e a seguir, no 2º movimento de deflexão, liberando o hipomóclio sobre a glabela. Concomitantemente, o polo cefálico se desprende no diâmetro antero-posterior da pelve. O polo cefálico nasce com o olhar voltado para anterior e apresenta uma conformação característica das apresentações de fronte. A indicação do fórcipe é no sentido de abreviar o período de expulsão, beneficiando o feto e aliviando a mãe.

O fórcipe nas apresentações cefálicas defletidas será indicado apenas quando a apresentação está baixa, o colo completamente dilatado e, afora de uma episiotomia, o trauma materno é discreto. Geralmente o reconhecimento desta apresentação indica o parto cesáreo em estágio bem anterior do referido aqui.

APLICAÇÃO DO FÓRCIPE DE KIELLAND NA APRESENTAÇÃO CEFÁLICA DEFLETIDA DE 3º GRAU OU APRESENTAÇÃO DE FACE

Também nesta apresentação, faz-se hoje em dia uma cesárea. Quando da evolução transpélvica deste parto e a apresentação mentoneira não rodar de acordo com o seu mecanismo de parto para uma variedade mento-púbica, se a apresentação estiver baixa e o colo completamente dilatado, a aplicação do fórcipe tem sua grande indicação no auxílio da sua rotação para a variedade mento-púbica. As fenestras estariam atrás dos ossos parietais e na tração, facilitariam a flexão por ocasião do seu desprendimento. A dificuldade na apresentação de face consiste na dificuldade de progressão não tanto por diâmetros desvantajosos, mas mais pela transmissão da força uterina conduzida através da coluna fetal que se dispõe em forma de S. A compressão das artérias carótidas num pescoço extremamente distendido, facilita a ocorrência de sofrimentos fetais. Em apresentação de face muito baixa, os "botões" estarão voltados para o mento fetal. Pela raridade desta apresentação em evoluir para um parto trans-pélvico, nenhum obstetra costuma apresentar vasta experiência na resolução a fórcipe destes casos.

APLICAÇÃO DO FÓRCIPE DE KIELLAND NA CABEÇA DERRADEIRA DA APRESENTAÇÃO PÉLVICA

A apresentação pélvica no seu curso de parto trans-pélvico pode apresentar uma surpresa representada pela cabeça derradeira. Esta poderá ser evitada desde que haja uma dilatação cervical completa ao se permitir o parto, e quando não houver vício pélvico ou anomalia de configuração do polo cefálico. Mesmo assim, corretamente conduzido o parto pélvico, e não se tracionando sobre o ovóide córmico, poderá ocorrer o encravamento da cabeça última também conhecida como "cabeça derradeira".

É clássico aplicar-se então o fórcipe de Piper. O manejo deste instrumento no entanto, requer alguma experiência motivada fundamentalmente pela sua curvatura perineal, que leva frequentemente à compressão do tórax fetal entre esta curvatura e a sínfise púbica Conseqüências são a fratura de externo fetal e compressão das vísceras mediastinais. É mais fácil contudo aplicar o fórcipe de Kielland, um fórcipe reto que não dispõe da curvatura perineal. A técnica de aplicação é semelhante à do fórcipe de Piper: levanta-se o feto com o dorso voltado para anterior, os braços já liberados e orienta-se o fórcipe como se fosse para uma apresentação cefálica fletida em OP, isto é, com os "botões" voltados para o pube materno. Loca-se a seguir primeiro a colher esquerda, empunhada pela mão esquerda do parteiro, auxiliada pelos dedos-guia da mão direita. A seguir loca-se a colher direita, empunhada pela mão direita do parteiro e auxiliada pelos dedos-guia da mão esquerda. É procedimento fácil para quem tem alguma experiência na aplicação do fórci-

pe de Piper. Locadas as duas colheres, articula-se as mesmas, articulação esta que deverá ocorrer facilmente. A ponta dos jumélios está acima dos ossos parietais do feto. A tração de extração segue como habitualmente com trações horizontais e os jumélios forçam a cabeça a se fletir obtendo um parto com relativa facilidade, sem se temer afundamentos do tórax como poderão ocorrer no fórcipe de Piper. Mesmo em casos nos quais a cabeça última ainda não esteja completamente rodada, portanto no diâmetro antero-posterior, o fórcipe de Kielland pode facilmente ser locado e a cabeça a seguir, rodada para o diâmetro antero-posterior da pelve.

Concluimos que o fórcipe de Kielland preenche realmente as qualidades de um fórcipe universal e que, com alguma experiência não decepciona o obstetra.

APLICAÇÃO DO FÓRCIPE DE KIELLAND NAS APRESENTAÇÕES CAFÁLICAS DURANTE A CESÁREA

A indicação do fórcipe em cesárea se justifica pela dificuldade de extração manual do polo cefálico de fetos pequenos ou de polos cefálicos altos e móveis. Feita a brecha uterina no segmento uterino, toca-se a apresentação no sentido de se constatar a orientação da sutura sagital. Geralmente trata-se de apresentações cefálicas transversas. Loca-se em 1º lugar a colher anterior. Para tanto, introduz-se a colher com a sua curvatura cefálica voltada para fora. Suficientemente introduzida a colher, pratica-se o "volteio" da colher anterior, rodando a mesma de 180° para o lado onde estiver o "botão". O fórcipe localiza-se então corretamente sobre a face lateral do crânio fetal. A locação da colher posterior far-se-á entre a mão posterior (que protege o segmento posterior do útero) em técnica habitual à locação da alavanca. Articula-se as colheres e se traciona os cabos crânio-caudalmente. O ideal é orientar o fórcipe com os "botões" dirigidos para o lambda. O inverso também poderá ser feito. Em casos de apresentações cefálicas nas quais a sutura sagital não esteja orientada para o diâmetro transverso da pelve, necessita-se da rotação intra-uterina para esta situação. De outra forma, os transvios horizontais da cabeça são comuns. A vantagem de usar o fórcipe de Kielland na extração do polo cefálico, consiste no fato de se poder fazer uma incisão de parede pequena, uma brecha uterina também pequena e nunca ocorre o prolongamento da brecha uterina pondo em risco as artérias uterinas. Além disso, o operador domina a extração fetal e não necessita da compressão fúndica do útero exercida por uma auxiliar inesxperiente ou o anestesista. Do ponto de vista fetal, a extração a fórcipe o evita eventuais afundamentos têmporo-parietais.

Orientação esquemática das migrações das colheres no fórcipe de Kielland